

Л.И. Ксендзов

ВЫЯВЛЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ГРУППЫ РИСКА ПО НЕВЫНАШИВАНИЮ

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей (Новокузнецк)

В статье приведены результаты ретроспективного исследования факторов риска невынашивания, признаков угрозы прерывания беременности у женщин и сроков их появления в течение беременности. Предлагается проводить контрольные обследования беременных в сроки повышенной активности матки (критические сроки беременности).

Ключевые слова: факторы риска невынашивания, критические сроки беременности

DETECTION OF A HIGH-RISK PREGNANT WOMEN PRONE TO MISCARRIAGE AND SPECIFICATION OF THEIR CARE

L.I. Ksendzov

Novokuznetsk State Institute of Physicians' Training, Novokuznetsk

Findings of retrospective studies concerning risk factors of pregnancy miscarriage, threatening symptoms of abortion and the periods of their manifestation during pregnancy have been presented. Control examinations of pregnant women should be conducted during intensive uterine activity (critical pregnancy terms).

Key words: risk factors of pregnancy miscarriage, critical pregnancy terms

Частота преждевременных родов последние два десятилетия остается стабильной. В некоторых странах она достигает 5–10 % от числа всех родов [5]. При этом предполагается, что минимум преждевременных родов должен составлять около 3 % [7].

Учитывая невозможность и экономическую нецелесообразность всеобщей профилактики и лечения невынашивания, следует признать необходимость формирования среди беременных группы риска по невынашиванию с самых ранних сроков беременности, что возможно при наличии данных о присутствии эпидемиологических факторов, способствующих прерыванию беременности у женщины и в ее окружении. При появлении признаков угрозы прерывания беременности, женщины включаются в группу риска до созревания плода.

Важно выявлять факторы риска в порядке предотвращения преждевременных родов [6], но это всегда затруднительно. Обычно приходится учитывать фоновые факторы (например преобладание парасимпатического отдела вегетативной нервной системы [3], сочетающиеся с множеством индивидуальных эпидемиологических факторов [4], многообразии которых часто зависит от места проживания и индивидуальных особенностей организма. Не менее сложно осуществлять контроль за течением беременности, т.к. женщина, особенно в ранние сроки, не может адекватно оценивать свое состояние без помощи семейного врача [8], что объясняется отсутствием болевых рецепторов в матке.

В течение беременности ежедневный и даже еженедельный контроль матки просто невозмо-

жен. Сроки посещения женской консультации, назначаемые произвольно, часто не совпадают с периодами проявлений угрозы прерывания беременности, что не позволяет осуществить своевременную диагностику, введение в группу риска и лечение.

МЕТОДИКА

Для оценки эпидемиологических факторов невынашивания в г. Новокузнецке проведен ретроспективный анализ 316 карт беременных, родивших преждевременно. Карты беременных были взяты подряд, без выбора. Дополнительно, для получения сведений о сроках первого прерывания была изучена 931 карта беременных, имевших в анализе самопроизвольный аборт или преждевременные роды при первой беременности.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оказалось, что наибольшую часть преждевременно родивших женщин составляют повторнородящие женщины (31,33 %), имевшие в анамнезе медицинские аборт, и первобеременные (24,05 %). Из оставшихся (44,62 %) женщин с анамнезом, отягощенным самопроизвольным прерыванием, только 10,75 % имеют привычное невынашивание. Таким образом, только менее половины преждевременно родивших могли быть включены в группу риска по преждевременным родам с использованием анамнеза. При изучении семейного положения оказалось, что наибольшее количество незарегистрированных браков у привычно невынашивающих (32,3 %), а повторные браки наблюдались чаще всего у рожавших и делавших медицинские аборт (22,2 %). Интересно, что у при-

вычно невынашивающих женщин повторных браков не наблюдалось, т.е. несмотря на отсутствие регистрации, браки были прочными.

При наличии удовлетворительных жилищных условий и достаточной обеспеченности, далеко не у всех семей ребенок был желанным. Даже у привычно невынашивающих, желание иметь ребенка не превышало 88,2 %. Согласно социально-эпидемиологическим данным, 90 % преждевременно родивших работали и более половины из них до беременности занимались тяжелым физическим трудом, но только 6 % продолжали интенсивно трудиться при беременности. Около трети женщин имели психическое перенапряжение до беременности. Часто встречалось химическое, тепловое и редко радиационное воздействие до беременности, но с начала беременности воздействие производственных факторов снижалось до 16 % в среднем. Только у первобеременных производственные вредности продолжали испытывать 36,8 %.

Соматический анамнез был отягощен более всего у первобеременных (81,6 %) и менее всего (55,9 %) у привычно невынашивающих женщин, однако острые респираторные заболевания наблюдались в течение беременности одинаково часто у 36,8 % и 36,2 % соответственно. Гинекологический анамнез был отягощен у 14,4 % первобеременных и у 27,3 % повторнородящих, имевших аборт.

Встали на учет до 12 недель более половины беременных. Около 50 % беременных посещали женскую консультацию регулярно. За период наблюдения беременные посетили женскую консультацию в среднем 8,5 раз.

Жалобы на клинические проявления угрозы прерывания реже всего (17 %) предъявляли первобеременные, чаще всего (45,7 %) повторно беременные, первородящие. Беременные с привычным невынашиванием жаловались только в 35,3 %. Каждая жалоба принималась во внимание участковыми акушерами-гинекологами, проводилось соответствующее лечение.

Повторение жалоб в течение беременности было в среднем от 1,1 раза у привычно невынашивающих до 2,6 раз у имевших ранее преждевременные роды. За счет врачебного контроля при обследовании на участке диагноз угрозы прерывания беременности устанавливался в среднем на 24 % чаще, чем по жалобам беременных. Наиболее адекватно оценивали свое состояние женщины со срочными родами и медицинскими абортами в анамнезе, наименее — первобеременные.

Характер клинических проявлений в течение беременности изменялся. Если в начале беременности это были преимущественно боли внизу живота и кровянистые выделения, то с увеличением беременности на втором месте оказывался тонус матки, а кровянистые выделения становились редкими.

Лечение эндоцервицитов и патологической флоры влагалища проводилось у беременных, как

в домашних условиях, так и амбулаторно в женских консультациях, в среднем у 26,5 %.

Для большинства женщин, родивших преждевременно, схватки начались неожиданно — от 76 % у имевших ранее преждевременные роды и до 100 % у повторно беременных первородящих. Отчасти это связано с тем, что от 26,3 % у женщин со срочными родами в анамнезе и до 47 % у привычно невынашивающих все начиналось с дородового излития вод. Причиной подобной ситуации может считаться наличие эндоцервицита в среднем у 22 % беременных, но с другой стороны, наиболее часто воды отходили у привычно невынашивающих при небольшом (17,6 %), на общем фоне, уровне эндоцервицита. Сопоставление длительных безводных периодов, которые наблюдались в среднем у 15,2 % беременных, также не выявляет абсолютного соответствия между эндоцервицитами и длительным безводным периодом, так как отхождение вод — это результат комплексного воздействия на оболочку инфекции и внутриматочного давления за счет повышенной активности матки.

Используя жалобы наиболее чувствительных пациенток и сведения о начале преждевременных родов, мы попытались отобразить еженедельную степень активности матки. Оказалось, что в течение беременности имеются периоды активности на уровне 8, 10, 14, 18, 20, 23, 26, 29, 32, 36 недель от первого дня последних месячных. Причем появление жалоб после 32 недель было предвестником начала преждевременных родов.

Из 931 карты беременных, имевших невынашивание в анамнезе, нами были взяты сведения о сроках первых самопроизвольных прерываний беременности. При анализе карт оказалось, что наибольшее число самопроизвольных прерываний приходится в период от 7 до 12 недель, с максимумом на 10 неделе, следующий крупный подъем был на 14 неделе. Далее идут небольшие всплески на 18, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34 и 36 неделях от первого дня последней менструации. При сравнении периодов активности матки в обеих группах отмечается почти полное совпадение по времени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как можно предположить из вышеизложенного, эпидемиологические факторы невынашивания играют определенную роль для беременных с преобладанием парасимпатического отдела и вегетативной нервной системы. Но попытка сформировать на их основе (исключая фактор бывшего самопроизвольного прерывания) экономически оправданную группу риска заранее обречена на провал, так как невынашивание само по себе многофакторно, а видимые нами причины часто не являются основными.

Формирование группы риска заключается во введении в нее всех беременных с анамнезом, отягощенным самопроизвольным прерыванием беременности и регулярном пополнении ее беременными, у которых имелось повышение активности

матки по клиническим или инструментальным данным, полученным при обследовании в вышеуказанные сроки.

Наиболее сложно получить при угрозе прерывания клинические данные. Дело в том, что матка не имеет болевых рецепторов, а сигнал с барорецепторов в виде ощущения пробивается в кору головного мозга только при очень сильном раздражении рецепторов [2]. Сложившаяся ранее клиника (жалобы на боль, тонус, схватки, кровотечение) взята у начавшегося аборта или преждевременных родов и присвоена угрозе прерывания беременности. В малые сроки беременности, если у нас нет возможности видеть эхоскопически сокращение матки, мы должны ориентировать беременную на микроощущения, типа небольшого предменструального дискомфорта. При наличии его включать беременную в группу риска и лечить. В сроке более 14 недель, при отсутствии гистерографа и измерителя тонуса матки, приходится обучать беременную пальпаторному определению повышенного тонуса матки путем сравнения ее плотности с тономусом брюшной стенки выше матки. Совпадение активности матки у женщин по срокам беременности в обеих группах не может быть случайным. Рационально при этом вспомнить о критических периодах беременности [1]. Очевидно, что при контроле активности матки в сроки 8, 10, 14, 18, 20, 22–24, 26, 28, 30, 32, 34 и 36 недель от первого дня последних месячных можно выявить больше действительно склонных к невынашиванию беременных по имеющейся повышенной активности матки.

В настоящее время имеется достаточное медикаментозное обеспечение для лечения невынашивания, но лечение часто запаздывает. Чтобы этого не происходило, следует использовать полученные данные о периодической активности матки. Сигналом для начала лечения должна быть зафиксированная параклиническими методами активность матки или, при отсутствии аппаратуры, микропризнаки активности матки. Официально это можно назвать профилактикой, но фактически —

это своевременное лечение. Срок прекращения лечения определяется полным исчезновением гистерографических или микропризнаков активности матки. При этом и врач, и сама беременная должны понимать то, что угроза прерывания — это частное проявление общего страдания фетоплцентарной системы, о состоянии которой они должны заботиться в течение всей беременности, улучшая питание беременной, осуществляя витаминотерапию и контролируя состояние матки и плода в критические сроки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бодяжина В.И. О критических периодах развития плода человека. Очерки физиологии плода и новорожденного / В.И. Бодяжина. — М.: Медицина, 1996. — С. 31–41.
2. Варбанова А. Интероцептивная сигнализация / А. Варбанова. — София: Изд-во Болгарской Академии наук, 1967. — 168 с.
3. Ксендзов Л.И. Состояние вегетативной нервной системы как эпидемиологический фактор при невынашивании беременности / Л.И. Ксендзов, В.С. Горин, Е.Ю. Корнева // Актуальные проблемы профилактики неинфекционных заболеваний: Тез. докл. — М., 1999. — Т. II. — С. 159.
4. Слепцова С.И. Факторы риска и причины невынашивания беременности / С.И. Слепцова // Акушерство и гинекология. — 1991. — № 4. — С. 20–23.
5. Keirse M. New perspectives for the effective treatment of preterm labor / M. Keirse // Amer. J. Obst Gyn. — 1995. — Vol. 173, N 2. — P. 618–628.
6. Report on threatened premature labor: etiology, management, results / J.J. Terzibahcian, M. Mida, E. David, L. Weber et al. // Rev. Fr. Gynecol Obstet. — 1990. — Dec.; 85 90 (12). — P. 673–678.
7. Thoulon J.M. Prevention of prematurity / J.M. Thoulon // Rev. Prat. — 1995. — Sep. 15; 54 (14). — P. 1737–1741.
8. Wren J. A cost-effectiveness study of changing medical practice in early pregnancy / J. Wren, B. Craven // Clin. Perform Qual Health Care. — 1999. — Oct.–Dec.; 7 (4). — P. 172–177.